

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証 の記号及び番号	_____	(2000—) <生年月日 昭和 平成 年 月 日> <介護保険：有・無>
資格喪失の年月日	平成 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額 千円
資格喪失の際使用 された事業所	名 称	
	所 在 地	
資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合名	川 口 工 業 健 康 保 険 組 合	
保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 年間一括方式 <input type="checkbox"/> 半期前納方式 <input type="checkbox"/> 毎月納付方式	

上記のとおり申請します。

受付印

平成 年 月 日

保 険 給 付 金 振 り 込 み 用					
銀 行				本 店	
信用金庫				支 店	
銀行番号		店番号		口座番号	
フリガナ					
名 義 人					

〒 [][][] — [][][][]
住 所

申 請 者

氏 名

印

T E L ()

※保険料の引き落とし口座ではありません。口座振替は行っていません。